

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1925-1926 N° 24

ÉTUDE STATISTIQUE
sur
LES GROS ENFANTS

d'après les Observations
de la Clinique obstétricale de La Charité
de LYON

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 28 Novembre 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis LAUR

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

né à RIVIÈRE (Aveyron) le 3 décembre 1901



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1925

ÉTUDE STATISTIQUE SUR LES GROS ENFANTS
d'après les Observations de la Clinique obstétricale
de la Charité de Lyon

ÉTUDE STATISTIQUE
sur
LES GROS ENFANTS

d'après les Observations
de la Clinique obstétricale de La Charité
de LYON

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 28 Novembre 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis LAUR

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

né à RIVIÈRE (Aveyron) le 3 décembre 1901



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 53-56

1925

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. H. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	COMMANDEUR
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	LANNOIS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	COLLET
Chirurgie opératoire	X.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	PAVIOU
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	MARTIN (Etienne)
Pharmacologie	COURMONT (P.)
	PIC
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — — Chimie minérale	BARRAL
— — — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Puériculture et hygiène de la première enfance	MM. CHATIN
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	COTTE	CORDIER (V.)	MAZEL
GARIN	DUROUX	ROUBIER	SANTY
SAVY	TRILLAT	FAVRE	DUNET
FROMENT	SARVONAT	BONNET	CHALIER (André)
THEVENOT (Lucien)	FLORENCE (G.)	RHENTER	CHALIER (Joseph)
PIERY	ROCHAIX	LEULIER	NOEL
			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. COMMANDEUR, président ; BONNET, assesseur ;

RHENTER et DUNET, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Pour leur dévouement inlassable
Je dédie ce travail

MEIS ET AMICIS

A M. LE PROFESSEUR COMMANDEUR

Professeur de Clinique obstétricale

Officier de la Légion d'honneur

Pour le très grand honneur qu'il nous fait
en acceptant la présidence de notre thèse

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RHENTER

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse.
Nous le remercions de la bienveillance
avec laquelle il nous a guidé dans nos
recherches.

PRÉFACE

Peut-être un jour, l'âme endolorie des illusions enfuies, relirons-nous ces pages d'un œil désabusé ; nous n'aurons plus le souvenir de tout ce que symbolise cette œuvre de jeunesse : aspirations imprécises, qui se troublent d'un léger sentiment d'angoisse au moment d'entamer l'âpre et continuelle lutte qu'est la vie. Elle représente aussi les premiers bégaiements de notre inexpérience. Elle rappelle les longues et tristes journées d'automne passées au milieu des livres, le front penché sur l'ouvrage.

Aussi nous ne saurions trop remercier M. le Professeur agrégé Rhenter de nous avoir épargné, avec une sollicitude inlassable les tâtonnements qui égarent et les efforts qui découragent. Nous sommes heureux de rendre ici hommage à sa haute compétence. Il nous a, en outre, accueilli avec une urbanité qui ne s'est pas démentie un seul instant.

M. le Professeur Commandeur nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous l'assurons de toute notre gratitude.

A ceux qui ont su trouver, aux heures de défaillance, le mot qui réconforte je veux, enfin, exprimer toute ma reconnaissance ; leur souvenir restera gravé dans mon cœur.

ÉTUDE STATISTIQUE SUR LES GROS ENFANTS d'après les Observations de la Clinique obstétricale de la Charité de LYON

INTRODUCTION

Le sujet que nous nous proposons de traiter nous a paru surtout intéressant par le nombre d'observations recueillies : ce sont elles et elles seules qui peuvent servir de base à une argumentation de quelque valeur. C'est pour cette raison que nos recherches ont porté sur le plus grand nombre de cas possible.

A la Clinique Obstétricale de la Charité de Lyon, les observations sont cataloguées par ordre chronologique depuis l'année 1903. Du 1^{er} janvier 1903 au 31 décembre 1923 nous avons compté 22715 accouchements. Sur ce nombre considérable nous avons relevé 730 observations où le poids du fœtus était égal ou supérieur à 4.000 grammes, chiffre que nous avons pris comme repère, nous rappelant que Varnier a dit au sujet de la tête fœtale : « Il est à remarquer que c'est à partir de 4.000 grammes que l'augmentation devient frappante ».

Nous avons noté dans des tableaux synoptiques que nous jugeons inutile de reproduire ici, toutes les particularités relatives :

1° A l'œuf, c'est-à-dire fœtus et annexes ;

2° A la mère ;

3° A l'accouchement et aux suites de couches et, tout en conservant ce même plan, nous nous bornerons à donner la synthèse de ces recherches et les conclusions qui en découlent.

CHAPITRE PREMIER

Du fœtus et de ses annexes

D'une façon générale, on appelle gros enfant un fœtus dont le poids atteint ou dépasse 4.000 grammes. Nous adopterons ce chiffre comme base, suivant en cela l'exemple de Moissard (*Thèse de Paris, 1903*), et de Drouet (*Thèse de Lyon, 1910*).

1° FRÉQUENCE.

Varnier est le seul auteur, à notre connaissance, qui ait répondu par des chiffres à cette question. Il estime que sur 100 nouveau-nés 41 pèsent 4.000 gr.

Voici nos résultats à ce sujet. En vingt ans, sur les 22715 accouchements qui ont eu lieu à la Clinique de la Charité à Lyon, 730 enfants pesaient 4.000 gr. ou davantage, soit 3,21 % ; 94 pesaient 4.500 ou plus, soit 0,40 % ; 12 seulement pesaient 5000 gr. ou dépassaient ce chiffre, soit 0,05 %. On peut se rendre compte par ces moyennes que les enfants de cinq kilogrammes sont très rares (1 sur 2000 accouchements) puisque à

la Clinique de la Charité on en voit à peu près un tous les deux ans.

D'ailleurs Delmas avait insisté sur ce fait dans un article paru en 1910 dans l'*Obstétrique*.

Il nous a paru intéressant de donner les poids respectifs des douze fœtus constituant la dernière catégorie :

Fille	5.000 gr.	(morte)
Garçon.....	5.000 gr.	(vivant faible)
Fille	5.000 gr.	(vigoureuse)
Garçon.....	5.030 gr.	(vigoureux)
Fille	5.050 gr.	(vigoureuse)
Garçon.....	5.080 gr.	(vigoureux)
Garçon.....	5.100 gr.	(vigoureux)
Garçon.....	5.100 gr.	(mort ?)
Garçon.....	5.170 gr.	(cyanosé)
Garçon.....	5.750 gr.	(vivant)
Fille	5.800 gr.	(étonné)
Garçon.....	7.100 gr.	(macéré)

Nous sommes loin des chiffres que l'on relève par exemple dans la thèse de Pflieger (Paris, 1906-1907). Il cite en effet un cas signalé par Ortega (le fœtus macéré pesait 11 kil. 300), et un second par Bates (l'enfant pesait 10 kil. 760, si bien que l'excès de volume ne permit pas de faire une application de forceps).

2° PLACENTA.

Pinard et Beach ayant attribué à la syphilis une influence capitale sur le développement du fœtus, nous avons été amené à rechercher le rapport du poids du

placenta au poids de l'enfant. Ce rapport est normalement de $1/6$; nous avons compté tous les cas où ce rapport était plus grand que $1/5,5$ et où, par conséquent, la syphilis pouvait être incriminée suivant la règle généralement admise. Sur les 730 cas qui constituent nos statistiques, 96 fois le chiffre obtenu en divisant le poids du fœtus par celui du placenta a été plus petit que 5,5. Les chiffres les plus bas gravitent autour de 4,5 à $1/10$ près. Si nous faisons la moyenne nous trouvons que le cas s'est produit dans 13,15 % des cas. pour la catégorie des fœtus pesant 4.500 gr. au moins nous relevons le cas 8 fois sur 94, soit 8,51 %. Pour ceux de 5.000 gr. et plus, la proportion est de 8,33 %, le cas ne s'étant produit qu'une seule fois. Les deux derniers chiffres sont sensiblement les mêmes et (chose non dépourvue d'intérêt) plus petits que le premier.

Nous avons recherché aussi jusqu'à quel chiffre ce rapport pondéral pouvait descendre. Or, nous avons trouvé des placenta dont le poids était 8,5 fois plus petit que celui du fœtus correspondant.

3° AMNIOS.

En relisant la thèse de Drouet (Lyon, 1910) sur « les œufs hydramniotiques avec fœtus volumineux » inspirée par M. le Professeur Commandeur, nous avons eu l'idée de rechercher les cas analogues dans les statistiques que nous avons dressées. Nous avons relevé 30 cas où le liquide amniotique était très abondant, ce qui fait environ 4,10 %.

Or six fois le rapport pondéral placentaire a été plus grand que $1/5,5$, soit une moyenne de 20 % au lieu de

13,15 % pour l'ensemble. Ces résultats pourraient aiguiller trop facilement les esprits vers la spécificité si nous n'étions obligé d'avouer que nous n'attachons à ces derniers chiffres qu'une importance toute relative, car les cas d'hydramnios vrais sont très difficiles à relever, la quantité de liquide amniotique étant rarement mesurée et consignée sur les observations.

Pour être complet nous donnons le détail des six cas d'hydramnios compliqués de gros placentas

rapport fœto-placentaire	pois du fœtus
1/4,2	4.080 gr.
1/5,34.....	4.330 gr.
1/5,48.....	4,230 gr.
1/5,3	4.310 gr.
1/4,55.....	4.100 gr.
1/5,37.....	4.730 gr.

4° SEXE.

Il n'est pas de point, au sujet des gros enfants, où l'on puisse trouver une concordance d'avis aussi parfaite que dans la question du sexe. Les auteurs, en effet, s'accordent tous à reconnaître que les fœtus volumineux sont plus souvent des garçons que des filles, et cela dans la proportion de deux à un. Desbruères, dans sa thèse « Etude statistique sur les gros enfants » de Paris, 1924, conclut de cette façon. Nous pouvons encore citer l'opinion de Budin écrivant dans son traité de l'art des accouchements : « Nous savons en outre que les enfants du sexe masculin, issus de multipares, sont plus susceptibles que les filles de prendre un grand

accroissement ». Nos résultats d'ailleurs confirment ces paroles, puisque pour l'ensemble nous trouvons 2 garçons pour 1 fille.

— De 4.500 à 5.000 gr. nous avons dénombré 32 filles pour 62 garçons.

— Au-dessus de 5.000 gr. la proportion est exactement de 1 pour 2 : 8 garçons pour 4 filles.

5° ETAT A LA NAISSANCE.

Quel est le pronostic immédiat de ces gros enfants ? L'accouchement est-il redoutable pour eux et dans quelle proportion ? Brindeau nous dit que : « Le pronostic fœtal est généralement grave, surtout dans les cas exceptionnels où le poids du fœtus est d'environ 6 kilogrammes ». Quant aux résultats donnés par Varnier dans son *Obstétrique journalière*, nous sommes obligés de reconnaître que, bien que statuant sur un nombre considérable de cas (plus de 400) son pourcentage de mortalité est plus faible que le nôtre. Sur 40 multipares ayant accouché d'un gros enfant de 4.500 à 6.000 gr., il y a eu deux morts, soit 5 %. Moissard, dans sa thèse sur *L'excès de volume du fœtus et l'avenir du gros enfant*, donne les résultats suivants : pour 318 enfants pesant plus de 4.000 gr. : vivants et ayant vécu, 313 ; morts, 5. Mortalité globale = 1,58 %. Ce chiffre est plus faible que celui que nous donnerons plus bas. Il est vrai que Panaiotoff, dans sa thèse de Montpellier, 1907, *De la grossesse et de l'accouchement en cas de gros œuf*, publie des chiffres beaucoup plus élevés. Sur 42 cas il a relevé 4 cas de mort par basiotripsie, soit 9,5 %.

— Nous avons détaillé le plus méticuleusement possible tout ce qui peut être dit sur l'état du gros enfant à sa naissance :

a) Parmi 730 cas observés, 703 seulement ont vécu — 642 étaient absolument normaux et leur observation portait même d'une façon régulière la mention « vigoureux ».

— 39, soit 5,90 % ont été rangés dans une catégorie fictive d'ailleurs, mais justifiée partiquement sinon par la synonymie exacte du moins par la ressemblance des épithètes caractérisant l'état de l'enfant à sa naissance : « faible, choqué, étonné », tels étaient les termes que nous avons relevés.

Dans une troisième classe nous avons rangé les cas d'enfants nés « cyanosés, en état d'asphyxie ou de mort apparente ». Nous en avons compté 22, soit 3,01 %.

b) Pour l'ensemble de notre statistique nous avons relevé 27 cas de mortinatalité, ce qui fait une moyenne de 3,70 %. Parmi ces 27 cas nous avons relevé 7 cas de fœtus macéré, soit 0,96 %. La mortalité dont on peut incriminer l'accouchement est donc de 2,74 %, puisque nous trouvons 20 cas sur 730. Parmi ces 20 derniers 7 sont morts après un accouchement naturel, soit 0,96 %, mais les 13 qui restent, soit 1,8 %, sont morts après une intervention.

—Voici le détail de cette mortalité post-opératoire :

opérations pratiquées	morts
Forceps	7 cas
Version	1 cas
Embryotomie	5 cas

Nous devons faire remarquer que nous ne tenons compte que de la dernière opération pratiquée, l'embryotomie succédant toujours à d'autres interventions non opérantes.

En outre, deux enfants sont morts dans les quelques jours qui ont suivi l'accouchement. Ils n'ont pas été compris dans la mortalité totale puisque nous n'étudions ici que l'état du fœtus à sa naissance.

— Au-dessus de 4.500 gr., soit sur 94 cas, 9 enfants n'ont pas vécu. Un seul était macéré, soit 1,064 %. Il reste donc 8 cas sur 94, soit 8,51 %, 2 sont morts après un accouchement naturel, soit 2,13 %. 6 sont morts après une intervention, soit 6,39 % : 3 après un forceps, 3 après une embryotomie.

— Au-dessus de 5.000 gr., parmi les 12 observations, nous avons relevé 1 cas de fœtus macéré et 1 cas de mort après une application de forceps. Or voici les chiffres donnés par MM. Commandeur et Rhenter dans le *Journal de Médecine de Lyon*, 1923, au sujet de la mortalité fœtale : mortalité globale, 8,3 % ; mortalité pendant la gestation, 2,1 % ; mortalité pendant le travail, 3,2 %. Nous rappelons que la mortalité due à l'accouchement pour l'ensemble des cas que nous avons étudiés, n'est que 2,74 %. Desbruères, dans sa thèse *Etude statistique sur les gros enfants*, de Paris, 1923, donne le chiffre de 2,8 %.

6° DURÉE DE LA VIE INTRAUTÉRINE.

La durée de la grossesse peut-elle être invoquée comme cause du développement exagéré du fœtus ? Et d'abord y a-t-il des grossesses prolongées ?

Voici les opinions émises à travers les âges : Hippocrate et Aristote croient aux grossesses prolongées. Ce dernier affirme que : « Le temps de la gestation des animaux est limité à un espace fixe ; l'homme seul naît à différents termes : il naît à sept mois, à huit, à neuf ou à dix mois ». Mauriceau fait des réserves et signale simplement la diversité d'opinion. Smellie admet que le terme de la grossesse peut dépasser la durée habituelle de quatre à cinq semaines pour le moins. Malgré ce peu de précision dans les discussions scientifiques à travers les âges, les jurisconsultes n'en résolurent pas moins la question au point de vue légal. D'après l'article 315 du Code civil : tout enfant né après le 180° jour ou avant le 300° jour à partir de la date du mariage est déclaré légitime par la loi.

— Depaul ayant étudié 30 cas, où il a pu obtenir une date certaine sur le début de la grossesse, n'a jamais vu le terme dépasser le 270° jour pourvu que rien d'anormal ne vienne opposer quelque difficulté à l'œuvre de la nature. Stoltz est du même avis. Un de ses élèves, Feltz, a cependant soutenu l'opinion contraire et admet que la grossesse peut se prolonger au-delà du 300° jour, Pinard enfin s'est occupé à plusieurs reprises des grossesses prolongées. Dans la thèse de Gaston, de Paris, 1875, il a expliqué comment une erreur de 1 mois pouvait s'expliquer car, dit-il dans le deuxième alinéa de ses conclusions : « La conception peut avoir lieu quelques jours après la cessation des règles, mais elle peut se produire aussi au moment où celles-ci apparaissent et supprimer alors l'écoulement menstruel ». Schmit, l'année suivante, va beaucoup plus

loin dans sa thèse de Paris, 1876. Il conclut en effet que « L'excès du développement du fœtus que l'on observe quelquefois au terme de la grossesse ne peut donc nullement être attribué à la prolongation de la gestation ». « Il est la cause et non l'effet. » Pinard a repris encore la question dans la thèse de Sellet, de Paris, 1913. Pour lui il n'y a pas de grossesses prolongées, mais des gestations retardées. Au point de vue légal le résultat serait le même. Au point de vue scientifique « Physiologiquement, dit-il, la prolongation de la gestation est impossible » et « au point de vue clinique rien n'autorise la conception des gestations prolongées ». — Actuellement, explique-t-il, la durée de la gestation est impossible à déterminer, les points de repère habituellement choisis pour en juger, c'est-à-dire la dernière apparition des règles ou la connaissance du coït fécondant n'ayant aucun rapport absolu avec le début de la gestation.

On peut voir dès à présent combien la question est complexe et aussi, conséquence inévitable,° combien l'opinion des auteurs peut varier à ce sujet.

Restant dans le cadre que nous nous sommes tracé nous nous contenterons, maintenant, de citer les faits tels que nous les avons relevés dans nos statistiques. Laissant systématiquement de côté les petits retards, convaincus que nous étions de l'incurie avec laquelle la plupart des femmes notent dans leur souvenir les dates de leur vie sexuelle, nous n'avons tenu compte que des cas où la grossesse s'est prolongée d'au moins vingt jours au-delà de son terme normal.

— 66 fois ce retard a varié de 20 à 30 jours, soit dans 9,1 % des cas. 48 fois de 30 à 60 jours, soit 6,6 %. 10 fois la grossesse a atteint ou dépassé 330 jours, soit 1,37 %.

— Quelle fut la durée de la grossesse lorsque le fœtus pesait au moins 5.000 gr. Voici les résultats :

5.000 gr.....	durée normale.
5.000 gr.....	avance 6 jours
5.000 gr.....	durée normale
5.030 gr.....	avance 13 jours
5.050 gr.....	retard 10 jours
5.080 gr.....	avance 10 jours
5.100 gr.....	
5.100 gr.....	durée normale
5.170 gr.....	durée normale
5.750 gr.....	retard 27 jours
5.800 gr.....	retard 12 jours
7.100 gr.....	durée normale

Ce tableau ne confirme pas l'idée que l'on pourrait se faire de la question par la lecture des résultats donnés plus haut.

D'ailleurs, dans certains cas, la grossesse a duré moins que normalement.

Voici nos résultats : 31 fois l'accouchement s'est produit de 0 à 20 jours avant la date probable, soit dans 4,25 % des cas ; 6 fois de 20 jours à 30, soit 0,82 % ; 5 fois la grossesse n'est pas arrivée au-delà du 240^e jour, soit dans 0,685 % des cas.

CHAPITRE II

De la mère

1° DE L'ÂGE.

Tous les auteurs signalent ce point comme un facteur certain dans l'étiologie du gros enfant. Moissnard cependant est d'avis « que la loi d'âge et de parité ne peut être régulièrement établie ». Drouet cite et confirme l'avis de Pinard, disant que le poids de l'enfant croît avec l'âge de la mère jusqu'à 35 ans parce qu'elle est susceptible de mieux nourrir le produit de conception.

La plupart de nos parturientes avaient, en effet, un âge oscillant entre 25 et 35 ans, mais pour nous cela tient à ce que les gros enfants naissent principalement de femmes multipares et que l'âge de la mère est subordonné à cette cause étiologique. D'ailleurs, dans le courant de nos recherches nous avons noté (et cela non exceptionnellement) dans la colonne consacrée à

l'âge respectif des accouchées, les chiffres de 20, 19, 17 à plusieurs reprises et même, sauf erreur de reproduction : 13 ans 1/2. Cette parturiente était primipare, elle avait été réglée pour la première fois à l'âge de 12 ans.

Dans le tableau qui suit, est noté l'âge de la mère à côté du poids des douze plus gros enfants atteignant ou dépassant 5.000 gr.

poids du fœtus	âge de la mère	poids du fœtus	âge de la mère
5.000 gr.....	42 ans	5.100 gr.....	21 ans
5.000 gr.....	29 ans	5.100 gr.....	38 ans
5.000 gr.....	21 ans	5.170 gr.....	23 ans
5.030 gr.....	24 ans	5.750 gr.....	23 ans
5.050 gr.....	32 ans	5.800 gr.....	ans
5.080 gr.....	29 ans	7.100 gr.....	36 ans

2° PARITÉ.

Nous disions plus haut que les gros enfants naissent de femmes âgées d'environ 30 ans, parce que ces dernières sont le plus souvent multipares. En effet le nombre des grossesses antérieures est un facteur étiologique des plus importants. Nous ne pensons pas qu'on puisse renverser la proposition et dire que les femmes multipares ont de gros enfants parce qu'elles sont plus âgées que les primipares. D'ailleurs tous les auteurs sont d'accords sur ce point, et Delmas, dans un article paru dans *l'Obstétrique* de 1910, en fait la principale des causes. Sur les 46 cas observés par lui il a compté 6 primipares contre 40 multipares. D'ailleurs Pinard avait insisté sur ce facteur étiologique : pour

lui, le poids du fœtus augmente avec le nombre des grossesses. Sellet et Pflieger y attachent aussi une grosse importance, et Panaiotoff (*Thèse de Montpellier, 1907*) cite la parole bien connue de Hecker : « Tout produit d'une grossesse répétée dépasse en poids les précédents ».

Nos résultats confirment ces paroles et l'on peut facilement s'en rendre compte par la lecture des tableaux suivants :

1° Pour l'ensemble, c'est-à-dire les fœtus pesant 4.000 gr. ou davantage :

Primipares	192	soit.....	26,30 %
II pares	180	—	24,66 %
III pares	108	—	14,79 %
IV pares	83	—	11,37 %
V pares	52	—	9,86 %
VI pares	34	—	4,68 %
VII pares	23	—	3,30 %
VIII pares	14	—	1,95 %
IX pares	14	—	1,95 %
X pares	10	—	1,37 %
XI pares	3	—	0,41 %
XII pares.....	1	—	0,137%
XIII pares	3	—	0,41 %
XIV pares	0	—	—
XV pares	4	—	0,548%
XVI pares	1	—	0,137%

2° Pour la deuxième catégorie (le fœtus pesait 4.500 ou plus), soit sur 94 cas :

Primipares	12	soit.....	13,43 %
II pares	23	—	25 %
III pares	14	—	15,217%
IV pares	9	—	9,78 %
V pares	9	—	9,78 %
VI pares	4	—	4,34 %
VII pares	5	—	5,43 %
VIII pares	4	—	4,34 %
IX pares	2	—	2,174%
X pares	6	—	6,52 %
XI-pares	0	—	—
XII pares	1	—	1,087%
XIII pares	1	—	1,087%
XIV pares	0	—	—
XV pares	2	—	2,174%

3° Pour la troisième catégorie (les fœtus feront 5.000 ou plus), soit sur 12 cas :

I pares	5.080	1..	8,33 %
II pares,	5.750, 5.000, 5.100, 5.170	4..	33,33 %
III pares,	5.030, 5.000	2..	16,60 %
IV pares,	7.500, 5.000	2..	16,60 %
V pares,	5.050	1..	8,33 %
VIII pares,	5.800	1..	8,33 %
XV pares,	5.100	1..	8,33 %

Chaque tableau, en lui-même, est significatif, en effet, dans le premier, le quart seulement des accouchées sont primipares, exactement la moitié comptent

au moins deux grossesses antérieures. Mais ce qui frappe le plus à notre avis c'est la diminution progressive du nombre de primipares à mesure que le poids des fœtus augmente.

En effet, pour l'ensemble il n'y a guère plus du quart de primipares. Dans le second groupe où les fœtus pèsent au moins 4.500 grammes, soit 500 grammes de plus que les précédents, la proportion n'est plus que de 13,33 %. Dans la dernière catégorie (où les fœtus pèsent au moins cinq kilogrammes) il n'y a plus que 8,33 % de primipares.

3° DATE DE L'APPARITION DES PREMIÈRES RÈGLES.

Quoi qu'on ait pu écrire sur la question, il nous a paru difficile dès le premier coup d'œil jeté sur nos statistiques de trouver sur ce point-là une relation quelconque avec le développement exagéré du fœtus tellement la diversité est grande quant à la date de l'apparition des premières règles.

Cependant beaucoup d'auteurs ont voulu y voir une cause étiologique. Drouet dans sa thèse sur « les œufs d'hydramniotiques avec fœtus volumineux » ne résout la question ni dans un sens ni dans l'autre. Panaiotoff n'a pas trouvé au cours de ses recherches d'éléments lui permettant de se prononcer.

« L'âge de l'établissement de la menstruation chez la plupart des femmes dont nous rapportons les observations varie entre 13 et 16 ans. Mais comme d'une part c'est l'âge habituel de l'instauration menstruelle dans le Midi de la France et comme d'autre part nous

avons dans nos observations des femmes qui ont été réglées avant l'âge de 13 ans et d'autres après l'âge de 16 ans cette cause ne nous paraît pas bien démontrée » et cependant reconnaît-il quelques lignes plus haut « Hecker, Mathews, Duncan et Wernich ont fait des travaux remarquables au sujet de l'influence du développement tardif ou prématuré de la puberté chez la mère sur le développement du produit de conception ».

Quant à nous, nos recherches parmi les chiffres indiquant la date des premières règles nous ont montré une variation encore plus grande que ne semble le dire Panaiotoff. En effet nos chiffres extrêmes sont 10 et 19 ans et cela non pas une fois auquel cas on pourrait croire à une erreur de notre part ou à un lapsus dans les souvenirs de l'accouchée, mais à plusieurs reprises.

Cinq fois sur nos 730 observations, l'instauration menstruelle avait eu lieu à 10 ans, soit 0,68 % des cas. 10 fois à 10 ans et demi, soit 1,37 %. Enfin pour donner une idée à peu près exacte de la chose, nous avons noté que le chiffre treize, le plus fréquent, était consigné 161 fois, soit dans 22 % des observations. D'un autre côté, les chiffres 16, 17, 18 et même 19 n'étaient pas exceptionnels ; or Fabre, à la première page de son Précis d'obstétrique dit que « dans nos climats la menstruation débute généralement entre douze et quinze ans ».

Nous concluons à notre tour qu'on ne saurait voir dans la date d'instauration des règles aucun élément étiologique pour expliquer le développement exagéré

du fœtus ; et cependant Negri ayant étudié la question sur 333 observations déclare que plus la femme aura été réglée de bonne heure plus ses enfants seront gros et lourds.

4° FACTEURS PATHOLOGIQUES INVOQUÉS PAR CERTAINS AUTEURS.

Le Professeur Pinard a soutenu que le gros enfant naissait de parents syphilitiques. Il a créé le terme de gros œuf voulant dire par là que tout a subi un développement exagéré : fœtus et annexes, et c'est principalement sur l'augmentation du poids du placenta qu'il se base pour mettre la spécificité en cause.

Nous avons trouvé, dans 13,15 % des cas, le rapport du poids du placenta au poids du fœtus plus grand que 1/5,5, et parmi les 30 cas d'hydramnios le fait s'est produit une fois sur cinq. Nos résultats diffèrent considérablement de ceux de Drouet qui n'affirme n'avoir jamais vu ce rapport s'élever au-dessous de 1/5,6. Or, pour ne citer qu'un exemple, au chapitre amnios on peut lire que ce rapport a été une fois de 1/4, 2 pour un cas d'hydramnios.

Nous avons recherché dans les antécédents des accouchées nous concernant, les cas de syphilis avérée, les observations étant prises à ce sujet avec un soin particulier à la clinique de la Charité de Lyon. La spécificité a été reconnue certaine dans sept observations ce qui fait environ une fois sur cent (0,95 plus exactement). Nous n'avons pas tenu compte des observations où la syphilis était soupçonnée avec plus ou moins de conviction car il eût été difficile de faire une démarcation nette.

Pour terminer cette question nous citerons la première conclusion de la thèse de Drouet faite sur l'inspiration de M. le Professeur Commandeur et dont voici les termes exacts :

« Les œufs hydramniotiques avec fœtus volumineux (gros œuf) sont indépendants de toute cause pathologique, de la syphilis en particulier ».

Certains auteurs entre autres le Professeur Fabre ont prétendu que le diabète de la mère est une cause du développement exagéré du fœtus. Nous n'avons relevé qu'un seul cas de glycosurie parmi les 730 observations de nos accouchées.

CHAPITRE III

De l'accouchement et des suites de couches

1^{re} PRÉSENTATIONS

Certains auteurs ont déjà signalé que les femmes accouchent plus rarement par le siège quand le fœtus est volumineux parce que la tête proportionnellement plus lourde se place naturellement au point le plus élevé.

Nos résultats confirment cette opinion, en effet l'auteur dans son précis d'obstétrique dit que la fréquence du siège est d'environ 1 sur 30 accouchements, soit environ 3 %; or, sur 730 observations nous avons relevé que 6 présentations de cette nature, soit 0 82 % qu'il s'agisse de siège complet ou décomposé mode des fœves. Sur les six enfants quatre sont nés vivants. Les deux autres étaient morts : l'un d'eux est né sans intervention; sur l'autre on a pratiqué la hystiotomie sur tête dernière.

Les présentations de la face conservent dans nos statistiques leur fréquence habituelle. Wallisch dans son précis intitulé « Eléments d'obstétrique » dit que l'on voit une face sur 25 accouchements. En effet sur 730 accouchements nous avons noté trois présentations de la face, soit 0,41 %.

Nous n'avons relevé que deux présentations de l'épaule, soit 0,27 %. Dans le premier cas après une tentative de version infructueuse l'embyotomie seule a permis d'extraire le fœtus. Une erreur ne nous a pas permis de connaître l'issue de l'autre accouchement.

2° COMPLICATIONS

Nous mentionnerons pour mémoire : la *souffrance et la mort du fœtus*, question traitée au chapitre intitulé : Etat du fœtus à sa naissance.

1° DURÉE EXCESSIVE DU TRAVAIL. — Les difficultés et la lenteur de l'accouchement augmentent en raison directe du poids du fœtus. En effet, 113 fois l'accouchement a duré au moins 20 heures, soit dans 15,5 % des cas ; 53 fois la mère était primipare, 63 fois multipare ; or les 3/4 des femmes sont multipares. 19 fois l'accouchement a duré au moins 2 jours complets, soit dans 2,6 % des cas ; 9 accouchées étaient primipares, 10 multipares. 10 fois l'accouchement a duré au moins trois jours, soit de 1,37 % des cas ; 4 femmes étaient primipares, 6 multipares. 6 fois l'accouchement a duré au moins quatre jours, soit dans 0,82 % des cas ; 3 parturientes étaient primipares,

3 multipares. 3 fois l'accouchement a duré au moins cinq jours : dans un cas la mère était primipare, les deux autres étaient multipares. 1 fois l'accouchement a duré six jours chez une multipare ; une autre fois six jours et demi, l'accouchée étant également multipare.

L'accouchement des douze plus gros fœtus n'a pas duré d'une façon excessive pour deux raisons : d'abord parce que toutes les accouchées sauf une étaient multipares ; ensuite parce qu'on est intervenu dans 40 % des cas.

2° RUPTURE PRÉMATURÉE DES MEMBRANES. — Le fait a été signalé par différents auteurs entre autres par Pflieger (thèse de Paris 1905-1907) et Panaiotoff.

D'ailleurs le fait s'explique d'une façon logique et rationnelle si l'on considère que l'excès de volume de la tête fœtale empêche cette dernière de s'engager prématurément ; elle est arrêtée au détroit supérieur. Le début du travail provoque la formation d'une poche des eaux piriforme qui reçoit toute la force due à la contraction utérine ; les membranes se rompent prématurément. Durée excessive du travail, souffrance du fœtus et infection, telles sont les conséquences fréquentes de la rupture prématurée de la poche des eaux. On n'a pas assez insisté, à notre avis, sur l'importance de cet accident qui peut à lui seul provoquer toutes les autres complications tant au point de vue fœtal que maternel.

3° PROCIDENCES. — De par sa nature même, sa longueur et sa gracilité le cordon s'impose facilement entre la présentation et la filière génitale surtout lorsque le liquide amniotique est abondant ou que l'on est en présence d'une anomalie de l'engagement. Nous avons noté dix observations où l'accouchement s'était compliqué de procidence du cordon, soit dans 1,37 % des cas. Celle des membres est plus rare, nous ne l'avons vue signalée que trois fois, soit dans 0,41 % des cas. Mais à deux reprises nous avons noté la procidence simultanée du cordon et d'un membre comme pour justifier l'aphorisme de Mme la Chapelle « La procidence appelle la procidence ».

4° INERTIE UTÉRINE. — L'utérus surdistendu par un fœtus volumineux ne peut vaincre aisément la résistance opposée par la filière génitale au passage d'un mobile de dimensions anormales ; ses contractions deviennent de plus en plus faibles et finissent par disparaître complètement : on est en présence d'un cas d'inertie utérine. Il existe une distension optimum au delà de laquelle le muscle utérin n'a plus de prise sur lui-même et s'épuise sur l'obstacle.

L'inertie utérine pendant le travail n'a été signalée que trois fois dans nos statistiques, soit dans 1,23 % des cas.

5° RÉTRACTION DE L'ANNEAU DE BANDL. — Un seul cas a pu être noté ; le fœtus était macéré.

6° PLACENTA PRÆVIA. — Deux cas sur 730, soit 0,27 %.

7° ECLAMPSIE. — Deux cas sur 730, soit dans 0,27 % des cas.

8° DÉCHIRURE DU PÉRINÉE. — Cet accident est nécessairement plus fréquent lorsque l'enfant est volumineux ; de fait nous en avons relevé 52 cas, soit 7,12 %.

9° HÉMORRAGIE DE LA DÉLIVRANCE. — Cette complication est souvent, en dehors des manœuvres intempestives, la conséquence de l'inertie utérine, celle-ci pouvant ne se manifester qu'au moment de la délivrance. Nous avons noté 35 hémorragies de la délivrance, soit dans 4,8 % des cas, aucune n'ayant provoqué toutefois la mort de la mère. Pflieger trouve une moyenne plus élevée : 11,2 % alors que normalement l'hémorragie de la délivrance se produit dans 3 % des cas seulement.

10° DIFFICULTÉ DU PASSAGE DES ÉPAULES. — « Gare aux épaules » écrit Varnier dans son « Obstétrique journalière » en décrivant l'accouchement du gros enfant et les particularités qui le caractérisent. Brindeau affirme même que la dystocie des gros enfants est en général une dystocie du tronc ». De fait, dans 16 observations, soit dans 2,19 % des cas on signale : « Difficulté du passage des épaules » mais l'accouchement a été cependant naturel. Dans six cas seulement, soit dans 0,82 % des cas la dystocie des épaules a nécessité l'emploi du forceps.

3° TERMINAISON DE L'ACCOUCHEMENT

Quels moyens thérapeutiques a-t-on employé en face de ces dystocies diverses ? et quelle est la fréquence des interventions ?

1° POUR L'ENSEMBLE :

a) Interventions portant sur le fœtus.

Kristeller	6 cas, soit..	0,82 %
Champetier de Ribes ..	1 — ..	0,13 %
Forceps	47 — ..	6,44 %
Version	7 — ..	0,98 %
Cleidotomie	1 — ..	0,136 %
Embryotomie	6 — ..	0,82 %

b) Interventions pratiquées sur la mère.

Symphyséotomie	1 cas, soit	0,136 %
Césarienne	2 —	0,472 %

soit au total 71 interventions, soit, 0,97 %.

2° SUR LES 94 CAS DE FŒTUS PESANT 4.500 GR.

OU PLUS :

Forceps	7 cas, soit.....	7,44 %
Version	1 —	1,06 %
Embyotomie	3 —	3,20 %
Cleidotomie	1 —	1,06 %
Césarienne	1 —	1,06 %

N. B. — Nous signalons un cas d'embryotomie ayant succédé à trois tentatives de forceps infructueuses.

Le total des interventions est de 13, soit 13,83 %.

3° SUR 12 CAS DE FŒTUS PESANT 5.000 GR.

OU PLUS :

Forceps, 3 cas, soit 25 %

Version, 1 cas (1 forceps).

Cleidotomie double, 1 cas.

Total : 5 interventions sur 12 cas, soit 41,6 %.

Le fœtus qui pesait 7.100 grammes et qui était macéré, a été extrait après une cleidotomie double ; celui qui pesait 5.800 grammes a été accouché au forceps. Le plus gros enfant né sans intervention pesait 5.750 grammes.

L'accouchement provoqué, préconisé par certains auteurs a été pratiqué une seule fois sur une femme ayant en outre un bassin aplati ; on a dû malgré cela employer le forceps. Pratiquement, ce traitement prophylactique ne peut être employé systématiquement l'évaluation du volume fœtal étant, malgré toutes les méthodes préconisées, trop délicate pour qu'on puisse délibérément provoquer l'accouchement, le pronostic aussi bien fatal que maternel étant relativement bénin.

4° PRONOSTIC MATERNEL
ET SUITES DE COUCHES

Le pronostic immédiat, en ce qui concerne la mère, est excellent ; sur nos 730 accouchées aucune n'est morte pendant l'accouchement.

Trois sont décédées pendant la période dite des suites de couches, soit 0,401 %. Voici leurs observations :

OBSERVATION I

(N° 353, 8 novembre 1921)

M... Sophie, 29 ans., primiparè.

Antécédents. — Néphrite ; gros disque d'albumine.

Accouchement. — Le 8 novembre : *rupture prématurée de la poche des eaux* quatorze heures avant le début du travail.

Garçon vigoureux de 4.200 gr.; placenta 650 gr.

Suites de couches. — Au bout de quelques jours (le nombre n'est pas précisé), *douleur dans le mollet droit.*

1^{er} décembre. — Douleur dans la jambe droite; empatement augmentation de la circonférence de 1 cm 1/2.

23 décembre. — Signes d'épanchement dans l'hémithorax droit.

27 janvier. — La circonférence du mollet droit est augmentée de 3 cm 5.

19 février. — Rechute; délire; expectarotion muco-purulente.

2 mars. — Somnolence; pouls à 120; température basse.

N. B. — L'observation est arrêtée à ce moment-là. La femme est décédée le 10 mars.

Autopsie. — Epanchement pleural droit séro-sanguin ; cœur normal; foyer suppuré au poumon gauche; congestion des deux-tiers supérieurs du poumon droit : congestion avec deux gros infarctus rouges; veine cave obstruée; reins congestionnés; foie graisseux.

OBSERVATION II

(N° 134, 5 février 1909)

V... Annette, 31 ans.

Antécédents héréditaires. — Bacillose familiale probable.

Antécédents personnels. — IV pares; bassin rétréci; pas de maladies particulières; 3 grossesses antérieures dont 2 dystociques; 1 présentation en transverse, les enfants ont survécu; manœuvres employées non connues.

Grossesse actuelle. — Œdèmes; varices; H U = 46 c.

Accouchement. — *Rupture prématurée des membranes* au moins 48 heures avant les premières douleurs; auscultation fœtale perçue d'abord puis non perçue avant les premières douleurs. Les douleurs surviennent; la température est de 38°7; O I D A; forceps; perforation du crâne entre les branches du forceps; extraction ultérieure; le fœtus pesait 4.670 gr.; pas d'hémorragie signalée; le pouls s'accélère jusqu'à 140; délivrance naturelle; injection de caféine; 52 respirations à la minute; soif intense; froid; étouffement sérum (2 fois 500); éther, etc...; mort 12 heures après l'accouchement.

Autopsie. — Le péritoine contenait 500 gr. de liquide hémorragique; suffusions sanguines dans les parois utérines et dans les ligaments larges; congestion intense des 2 poumons; dilatation de l'oreillette droite.

OBSERVATION III

(N° 48, 16 janvier 1905)

N... Joséphine, 23 ans. Rien à signaler dans les antécédents et la grossesse.

Accouchement. — Normal, mais à son arrivée à la salle des douleurs la parturiente à 39° de température; pouls, 120; matité, diminution des vibrations à gauche; murmure vésiculaire diminué; égophonie; point de côté.

20 janvier. — Température à 40°; râles sous-crépitaux à droite; souffle tubaire; à gauche, épanchement, râle et souffle.

2 février. — Mort dans un accès de dyspnée.

Autopsie. — Pleurésie gauche suppurée sub-totale; microbe; streptocoque pyogène.

CONCLUSIONS

I. — Sur 100 accouchements il naît trois enfants de 4.000 gr. — 0,40 de 4.500 (soit 1 pour 250) et 0,05 de 5.000 (soit 1 pour 2.000).

II. — Dans 13 % des cas de gros enfants, le rapport du poids du placenta au poids du fœtus est plus grand que 1/5,5. Il est parfois beaucoup plus petit, 1/8,5.

III. — L'Hydramnios existe dans 4 % des cas ; 1 fois sur 5 dans ces cas-là le placenta était très gros (rapport > que 1/5,5).

IV. — Parmi les gros enfants les garçons sont 2 fois plus nombreux que les filles.

V. — La mortalité fœtale pendant l'accouchement est de 2,74 %; pour le fœtus normal elle est de 3,7 %. La morti-natalité totale est de 3,70 % au lieu de 5,3 %.

VI. — La grossesse s'est prolongée d'au moins 20 jours dans 9 % des cas ; d'au moins 30 jours dans 6,6 % et d'au moins 60 dans 1,37 % des cas. Cependant dans 0,82 % des cas la grossesse s'est terminée au moins 20 jours avant la date probable.

VII. — La parité est un facteur très important du développement exagéré du fœtus. L'influence de l'âge de la mère paraît moins évidente.

VIII. — Le poids du fœtus paraît n'avoir aucune relation avec la date des premières règles.

IX. — Parmi les causes pathologiques la théorie du gros œuf syphilitique de Pinard paraît la mieux justifiée.

X. — Les principales complications de l'accouchement du gros enfant sont : la durée excessive du travail (Dans 15 % des cas il a duré plus de 20 heures). La procidence du cordon (1,37 %). L'inertie utérine et l'hémorragie de la délivrance (4,8 %) et enfin la dystocie des épaules dans 0,82 % des cas.

XI. — On est obligé d'intervenir dans environ 10 % des cas.

XII. — Le pronostic maternel reste bénin.

Vu :	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	COMMANDEUR
JEAN LÉPINE.	

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 6 Novembre 1925

Pour le Recteur et par délégation,
Le Vice Président du Conseil de l'Université,
L. JOSSERAND

BIBLIOGRAPHIE

- ATTLEFIELD. — *Arch. F. Gynæk*, p. 355, 1871.
- ATTAIX. — Etude de l'accouchement des épaules.
- BAR. — Leçons de pathologie obstétricale, Paris, 1900.
- BAR, BRUIDEAU et CHAMBERLENT. — La pratique de l'art des accouchements, t. II, p. 548.
- BAUDELOCQUE. — Principes de l'art des accouchements, 1835.
- BEACH. — *Medical Record*, vol. XV, p. 271, New-York.
- BENNET. — *Lancet*, p. 99, 11 janvier 1896.
- BONNAIRE. — De la réduction du volume des épaules dans les accouchements dystociques.
- BONNAIRE et MAURY. — *L'Obstétrique*, 1900.
- BRECHIN. — *Medical Record*, p. 707, 29 décembre 1883 (New-York).
- BUE. — *Presse Médicale*.
- CAZEAUX. — *Traité de l'art des accouchements*, 6^e édit., p. 196.
- CHALEIX. — *Arch. de tocol. et gynéc.*, XXI, p. 270, 1894.
- COMMANDEUR. — *Traité de l'art des accouchements*, 1907.
- COMMANDEUR et RHENTER. — *Journal de Médecine de Lyon*, 1923.
- COOPER. — *Kamas City Medical Record*, VI, p. 179.
- LE CUDANEC. — *Thèse de Paris*, 1890.
- DELEPINE. — *Journ. des Soc. méd. de Lille*, 1905.
- J. et P. DELMAS. — *L'Obstétrique*, p. 290, avril 1910.
- DESBRUÈRES. — *Thèse de Paris*, 1924.
- DROUET. — *Thèse de Lyon*, 1910.
- DUBOIS. — *Thèse de Paris*, 1897.
- FABRE. — *Précis d'Obstétrique*, t. II, p. 324.

- FABRE et TRILLAT. — Réunion obstétricale de Lyon, avril 1908.
GARRIGUES. — *N.-Y. Médical Journal*, p. 173, 1885.
GORDON. — *British Medical Journal*, I, p. 664, 1884.
JACQUEMIER. — *Gaz. hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 21 août 1857.
JOSSEMERAND. — *Thèse de Lyon*.
LEGAYE. — *Thèse de Paris*, 1902.
MOISNARD. — *Thèse de Paris*, 1903.
ORTEGA. — *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gynéc.*, p. 484, 1891.
PANAILOFF. — *Thèse de Montpellier*, 1907.
PERRET. — *Thèse de Paris*, 1894.
PFLIEGER. — *Thèse de Paris*, 1907.
RACHEL et NEUMER. — *N.-Y. Med. Journal*, IX, 1890.
ROBBINS. — *Transactions améric. méd. anoc. Philad.*, 1892.
SELLET. — *Thèse de Paris*, 1913.
SERVEL. — *Thèse de Lyon*, 1901.
TARNIER et BUDIN. — *Traité de l'art des accouchements*, t. IV,
p. 13 ; t. III, p. 505.
VARNIER. — *Obstétrique journalière*.
VORON. — *Thèse de Lyon*, 1901.
WALLER. — *Transactions of the Obst. Society*, p. 309, Londres
1859.
WALLISCH. — *Eléments d'obstétrique*, p. 350.
WARDEN. — *Thèse de Paris*, 1899.
YOUNG. — *Edimburg Medical Journal*, p. 269, 1883-1884.
-

TABLE DES MATIERES

Préface	7
Introduction	9
Chapitre premier. — Du fœtus et de ses annexes.	11
Chapitre II. — De la Mère.....	21
Chapitre III. — De l'accouchement et des suites de couches.....	19
Conclusions.....	39
Bibliographie.....	41
